Rok LVII. Kraków, 12. stycznia 1918 Nr 2.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

**Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.**
**(Dyrektor Prof. Dr A. Rosner).**

## Odczyny serologiczne przy raku

podał

**Doc. Dr. J. Zubrzycki.**

(Ciąg dalszy).

Osobną grupę odczynów, stosowanych w celach rozpoznawczych przy raku, stanowią tak zwane odczyny zaczynowe (fermentacyjne). Należy do nich przedewszystkiem odczyn antytrypsynowy, opierający się na tem spostrzeżeniu, że we krwi osób chorych na raka wzrasta ilość ciał, hamujących działanie trawienne trypsyny. Poglądy na naturę tych ciał dotychczas nie są ustalone, większa jednak część badaczy przechyla się do twierdzenia, że są to ciała z rodzaju antyfermentów, które powstawać mogą w ciałkach białych i stamtąd przedostawać się do krwi (Jochmann, Müller). Przy opracowaniu techniki tego odczynu zużytkowano własności trawienne trypsyny, a za miarę stopnia strawienia w danem doświadczeniu uważano bądź to wielkość zagłębienia w płytkach Löfflerowskich, sporządzonych z agaru z surowicą (metoda Markusa), bądź też strawioną ilość odpowiednio przygotowanych rozczynów sernika (metoda Fulda-Grossa i metoda Volharda). Stroną ujemną tych odczynów jest niestałość względnie zmienność działania rozczynów trypsyny, które po zmieszaniu w odpowiedniej ilości badanej surowicy, bądź to wpuszcza się kroplami na płytki Löfflerowskie, bądź też miesza z odpowiednio przyrządzonym rozczynem sernika. Tak nastawioną próbę wstawia się na pewien czas do cieplarki o 37° C., poczem odczytuje się wynik, wnosząc o nim z wielkości zagłębienia, powstałego na płytkach Löfflerowskich skutkiem strawienia zawartego w nich białka, lub też, o ile posługujemy się metodą Fulda-Grossa, z ilości niestrawionego sernika, który strąca się przez zakwaszenie płynu kwasem octowym. Metoda Markusa jest wprawdzie prostsza, nie daje jednak tak dokładnych wyników, jak metoda Fulda-Grossa i Volharda, które dzięki temu obecnie prawie wyłącznie do tych badań bywają stosowane. Niedawno podana przez Kämmerera modyfikacya metody Volharda jest jeszcze dokładniejsza i pozwala oceniać już nawet nieznaczne różnice w wynikach.

Wyniki dodatnie, uzyskane przy pomocy odczynu antytrypsynowego przy raku, wynoszą około 85% (Brieger, Trebing, Heide, Krösing, Pinkus i inni). W ogólności jednak odczyn antytrypsynowy nie znalazł w rozpoznaniu raka praktycznego zastosowania głównie z tego względu, że dodatnie wyniki daje również i przy innych schorzeniach w stosunkowo dużej, gdyż około 30% wynoszącej liczbie przypadków. Sprawy ropne, gruźlica, wady przemiany materyi, choroby zakaźne, oto cierpienia, przy których odczyn antytrypsynowy prawie z reguły daje wynik dodatni, co wobec zapatrywania, że powodujące odczyn ten antyfermenty wytwarzają się w ciałkach białych, zupełnie byłoby zrozumiałe.

Drugim z odczynów zaczynowych jest odczyn Abderhaldena, który, o ile przy ciąży stał się przedmiotem bardzo wielu prac, o tyle przy raku nie znalazł jeszcze szerszego zastosowania. Przypuszczać należy, że wpłynęła na to z jednej strony nieco uciążliwa technika badań, z drugiej strony zaś w granicach błędów doświadczalnych leżące wyniki tak metody dyalizacyjnej, jak i optycznej. Zasadą tego odczynu jest zapatrywanie, że w surowicy ludzkiej krążą zaczyny swoiste, nastawione na różnego rodzaju białko, i to nietylko obcogatunkowe, ale i jednogatunkowe lecz obcokrwiste. Zaczyny te są zdolne rozłożyć odpowiednio przygotowane białko na jego pochodne, które można wykazać zapomocą metody dyalizacyjnej lub też optycznej. Fermenty te, nazwane przez Abderhaldena zaczynami ochronnymi, powstają w ustroju po wprowadzeniu doń białka obcokrwistego z pominięciem przewodu pokarmowego.

Za takie obcokrwiste białko uważa Abderhalden między innemi i białko tkanki rakowej. W odniesieniu do raka posługiwano się dotychczas metodą dyalizacyjną. Tkankę rakową, odkażoną i pozbawioną produktów rozpadu białka przez wielokrotne gotowanie, nastawia się wraz z badaną surowicą w dyalizatorze na 24 godzin przy 37° C. Przez ten czas, o ile w danej surowicy znajduje się swoisty ferment, nastawiony na białko tkanki rakowej, ma przychodzić do rozpadu tego białka na różne, łatwo dyalizujące ciała pochodne, które można stwierdzić w dyalizacie przy pomocy odczynu ninhydrynowego.

Badania te, co do których nie wypowiedziano jeszcze ostatniego słowa, przeprowadzili w odniesieniu do raka Frank, Heimann, Abderhalden, Gambaroff i znaleźli wynik dodatni w 95% u osób rakowatych i 5% u osób zdrowych. Technika tych doświadczeń od niedawna ostrej podlega krytyce i przyszłość okaże, po czyjej stronie słuszność.

Nawiązując do odczynów fermentacyjnych, wspomnę, że zjawisko nadwrażliwości usiłowali spożytkować Pfeifer i Finsterer w celach serologicznych rozpoznania raka. Obaj ci autorowie twierdzili, że w surowicy krwi osób, chorych na raka, można wykazać niweczniki anafilaktyczne, nastawione na tkankę rakową. Metoda podana przez nich opierała się na wykazaniu wstrząsu anafilaktycznego po wstrzyknięciu wyciągów nowotworowych świnkom morskim, uczulonym surowicą osób cierpiących na raka. Jak jednak głównie Ranzi, a za nim Elias i Helling, powtarzając doświadczenie Pfeifera i Finsterera, stwierdzili, objawy, jakie się przy doświadczeniu spostrzega, nie mogą być uważane za swoiste dla raka.

Zawiodły również usiłowania stworzenia odczynu skórnego lub spojówkowego, w rodzaju takich, jakie wykazał przy gruźlicy Pirquet i Calmette, dokonywanego przy pomocy rozmaicie sporządzonych wyciągów z tkanki rakowej-

Jedynie tylko zasługują jeszcze na wzmiankę doświadczenia Elsberga, Neuhofa i Geista, którzy wstrzykiwali podskórnie 20% zawiesinę ciałek czerwonych ludzkich, przyczem miał się tworzyć u osób z rakiem miejscowy odczyn w postaci zaczerwienienia bolesnego, ostro ograniczonego, które w 6 godzinach po wstrzyknięciu dochodziło do szczytu, w 12 godzinach zaś znikało bez śladu. U osób, niedotkniętych rakiem, podobny odczyn skórny miał występować tylko w 6%, u osób rakowatych zaś w 89% ogólnej liczby badanych.

Odmiennym od poprzednio omówionych jest odczyn, podany przed kilku laty przez Freunda i Kaminera, którzy, badając zachowanie się zawiesiny komórek rakowych względem rozmaitych rodzajów surowic, stwierdzili, że surowica osób zdrowych, względnie osób chorych na różne inne cierpienia z wyłączeniem raka, posiada własności rozpuszczania komórek rakowych, natomiast surowica osób dotkniętych rakiem własności tych nietylko nie posiada, ale zdoła do pewnego stopnia chronić komórki te przed rozpuszczaniem się. Spostrzeżenie to zużytkowali Freund i Kaminer do wypracowania techniki t. z. odczynu komórkowego przy raku.

(Dokończenie nastąpi).

**Ze szpitala epidemicznego kolumn sanitarnych K. B. K. w Tarnogrodzie.**

## Z serodyagnostyki duru plamistego

podali

**Dr Kazimierz Dadej i Dr Marya Krahelska.**

(Ciąg dalszy).

Uderzająca niezgodność danych liczbowych, otrzymywanych dla odczynu Weila przez poszczególnych badaczy, była parokrotnie w literaturze podnoszona. Fuchs, ostrzegając przed niebezpieczeństwem przeceniania rozpoznawczej wartości odczynu Weila, robionego przy użyciu jego pierwszych szczepów, wspomina, iż odczyny z iksami, wykonywane przez różnych badaczy, zwykle dają różne wyniki. Za przyczynę tych różnic uważa on niejednostajną gęstość używanej zawiesiny i odmienny sposób hodowania iksów. Zwłaszcza ten drugi czynnik może, jego zdaniem, odgrywać dużą rolę. Fuchs używał stale płytek agarowych. Przy użyciu przez niego do odczynu z jedną i tą samą surowicą dwu hodowli, z których pierwsza posiana była na świeżo wylanym, druga na cokolwiek wyschniętym agarze, różnica wysokości miana wynosiła 50% na korzyść pierwszej hodowli. Rzecz prosta, iż wobec tego próba ustalenia wysokości miana na podstawie wyników badaczy, z których jedni hodują iksy, powiedzmy, na agarach skośnych, drudzy na płytkach — byłaby conajmniej stratą czasu.

Jeszcze bezowocniej przedstawiaćby się taka próba musiała, gdybyśmy wraz z Felixem niezgodność między wynikami prac poszczególnych badaczy tłómaczyć chcieli przez »zanieczyszczanie hodowli«, lub zwłaszcza przez błędne odczytywanie wyników odczynu. Dla uprzytomnienia tego, jak trudnem byłoby nieraz tutaj ustalenie średnich bodaj wartości, przytoczymy tu Weila i Felixa dosłownie: »Tak, jak z całym szeregiem surowic kontrolnych, które w innych pracowniach dawały odczyny dodatnie, nie mogliśmy otrzymać żadnego odczynu, tak przeciwnie widzieliśmy nadzwyczaj wysoko sięgające odczyny w przypadkach, które, badane w innych pracowniach, dawały wyniki ujemne«.

Dopóki zatem nie zostaną ustalone pewne normy, obowiązujące równie przy prowadzeniu hodowli, jak przy nastawianiu odczynu, ustalenie wysokości miana na podstawie wyników liczbowych, otrzymanych w różnych pracowniach, nie wydaje się nam możliwem.

Natomiast jeżeli z cyfr, otrzymywanych przy kilkakrotnem powtarzaniu odczynu w ciągu choroby, odtwarzamy przebieg tego odczynu dla każdego poszczególnego przypadku i dla pewnej liczby przypadków porównywać będziemy właśnie sposób przebiegu odczynu, otrzymamy zgodność bezwarunkowo większą, niż przy porównywaniu bezwzględnej wartości cyfr. Toż samo błąd przypuszczalny opartych na takiem porównaniu wniosków będzie mniejszy. Istotnie też, mimo że co do sposobu, w jaki odczyn Weila zmienia się w przebiegu choroby, mamy w literaturze — z wyjątkiem pracy Starkensteina — luźne tylko uwagi, panuje między niemi prawie zupełna zgodność.

Przebieg odczynu Weila w kolejnych okresach choroby dałby się na podstawie danych z literatury przedstawić, jak następuje. Po przekroczeniu rozcieńczenia $^{1}/_{50}$ zaczyna się wysokość miana w początku drugiego tygodnia choroby wznosić dość gwałtownie. Wartości maksymalne zostają osiągnięte mniejwięcej w okresie spadku gorączki, przy tych wartościach utrzymuje się odczyn kilka dni Potem następuje gwałtowny spadek, bądź do rozcieńczeń najniższych i szybkiego znikania odczynu (już po 3 tygodniach), bądź do dość nizkich ($^{1}/_{100}$), które następnie mogą się utrzymywać przez czas bardzo długi (8 miesięcy u Weila i Felixa). Jednozgodnie wspominana przez autorów zależność między maksymalnem natężeniem zdolności aglutynacyjnej surowicy i opadaniem gorączki występuje bardzo dobitnie przy próbie wpisania krzywej, wyrażającej przebieg odczynu Weila, na tablicę gorączkową. Już po takiem graficznem zestawieniu zebranego przez nas materyału doszła do nas praca Starkensteina, który w 15 w ten właśnie sposób pomyślanych tablicach skupia materyał, zbierany przez siebie niezwykle dokładnie, z codziennem dla każdego chorego powtarzaniem odczynu i właściwie pierwszy rzecz tę robi dokładniej i planowo.

Z tabliczek Starkensteina widzimy, że odległość w dniach wierzchołka krzywej Weila od spadku gorączki wynosi najwyżej cztery dni — in plus lub in minus, t. j. przed lub po nim. Zestawiając obrachowane z tych tabliczek odległości, otrzymamy taki szereg:

Tablica II.

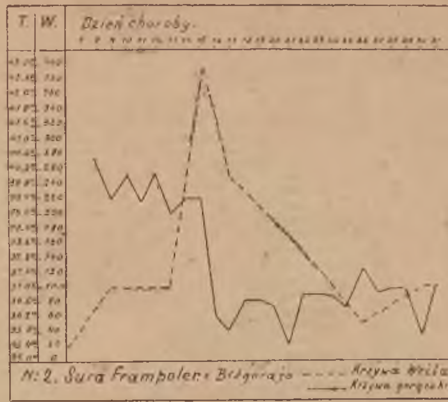
| Odległość wierzchołka krzywej Weila od spadku gorączki | ÷ | | | | | + | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| w dniach: | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ilość przypadków: | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 4 | 0 | 1 |
| Zliczenie: | 1 | 3 | 5 | 7 | 2 | 0 | 4 | 4 | 5 |
| % | 50% | | | | 14·28% | 35·72% | | | |

Na ogół zatem najwyższą zdolność aglutynacyjną miały badane przez niego surowice w ostatnich dniach — możnaby powiedzieć w ostatnim dniu — przed przełomem. Po przełomie przypada wierzchołek krzywej Weila tylko w 35% przypadków.

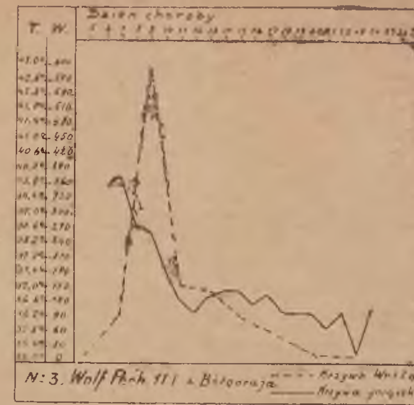
W naszych tablicach uwzględniamy te kilkanaście przypadków, w których odczyny zaczęte były we wczesnym okresie choroby i prowadzone w 2—4 dniowych odstępach czasu przynajmniej do trzeciego tygodnia. Przy wykreślaniu krzywej Weila brane były na uwagę najwyższe czyste



N:1. Słowa Brener 34.l. z Biłgoraja



N:2. Sura Frampoler z Biłgoraja



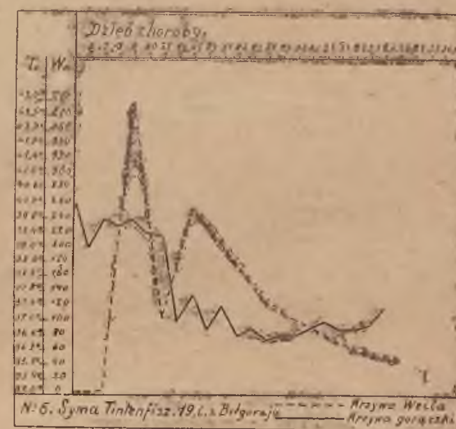
N:3. Wolf Fech 11 l. z Biłgoraja



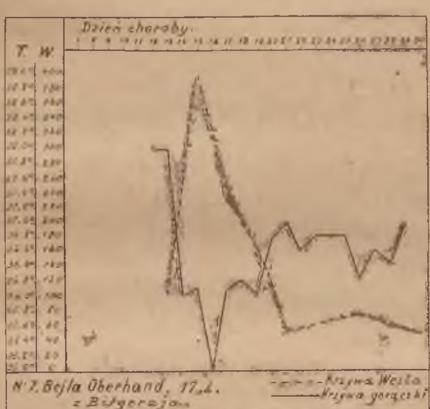
N:4. Morduch Furen 18.l. z Biłgoraja



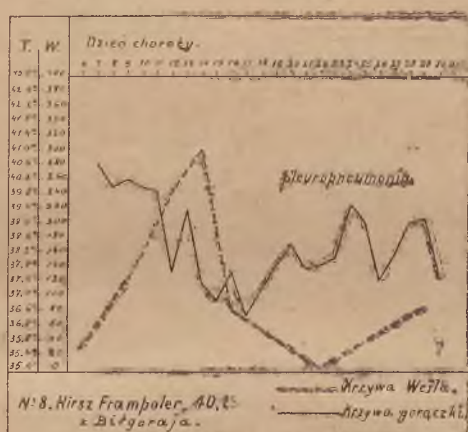
N:5. Szmul Płocz 10 l. z Biłgoraja



N:6. Syma Tinkenfisz 49.l. z Biłgoraja



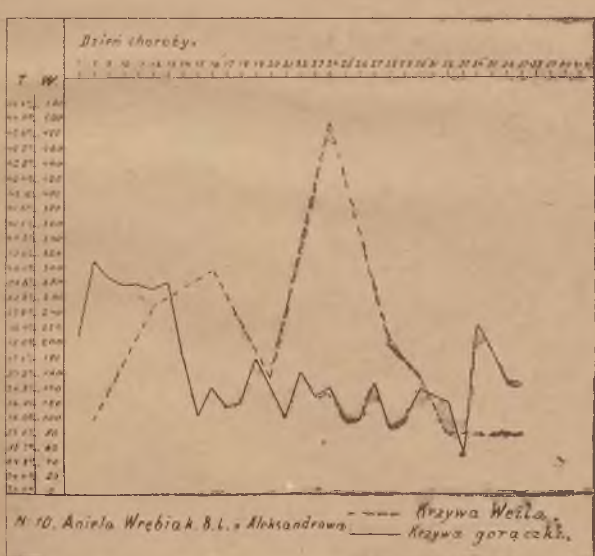
N:7. Bejla Oberhand, 17.l. z Biłgoraja



N:8. Hirsz Frampoler, 40.l. z Biłgoraja.



N:9. Anastazja Markow 27.l. z Biłgoraja



N:10. Aniela Wrębiak 8.l. z Aleksandrowa



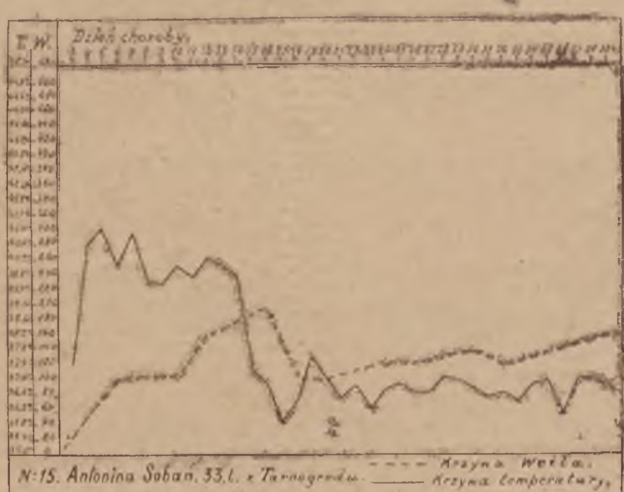
N:11. Esta Mitzner 28.l. z Biłgoraja.

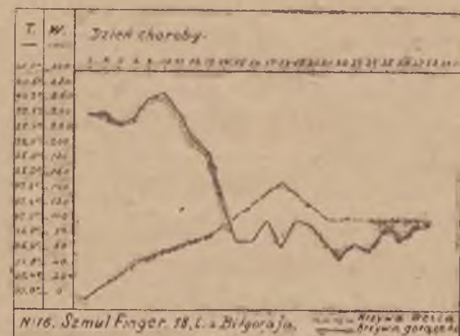









odczyny, krzywa ciepłoty jest zestawieniem ciepłot wieczornych. Pobieżny nawet wgląd pozwala tu wyróżnić pomiędzy krzywemi Weila dwa typy: krzywe o ostrym wierzchołku, leżącym na bardzo nieznacznej odległości od spadku gorączki i te, które wznoszą się łagodniej, osiągają wartości maksymalne dopiero na znacznej odległości po przełomie, utrzymują się przy nich dłużej i opadają łagodniej.

Do pierwszego typu należą Nr 1—8 (włącznie). Za najznamienniejsze dla tego typu uważać możemy Nr 1, 3 i 4, w których, zwłaszcza w przypadku 1 i 3, odczyn w rozcieńczeniach wyższych trwa tak krótko, iż przy cokolwiek rzadszem braniu krwi możnaby wogóle występowanie jego z łatwością przeoczyć. Wysokość miana wynosi tu od $^1/_{300}$ do $^1/_{600}$, średnio $^1/_{420}$. Odległość wierzchołka krzywej Weila od dnia przełomu, w dniach wyrażona, ÷ 1 w jednym przypadku, 0 — w trzech, + 2 w jednym, + 3 w jednym, + 4 w dwóch przypadkach, to znaczy średnio odległość bezwzględna 1,75 dnia, lub odległość dodatnia 1,5 dnia. Czas utrzymywania się odczynu powyżej $^1/_{100}$ wynosił w jednym przypadku 3 dni, w jednym 4, w dwóch 6, w jednym 8, w dwóch 9 i w jednym 14. Jeżeli pominiemy ostatni, najmniej dla danego typu charakterystyczny przykład (Nr 2), możemy powiedzieć, iż w obrębie tego typu odczyn w rozcieńczeniach wyższych ponad $^1/_{100}$ utrzymuje się tylko około siedmiu dni.

Dla typu drugiego, obejmującego krzywe Weila z tabliczek Nr 9, 10, 11 i 12, te cechy, zwłaszcza dwie ostatnie, będą się dość odmiennie przedstawiać. Wysokość miana wynosi tu $^1/_{300}$, $^1/_{500}$, $^1/_{560}$ i $^1/_{600}$, zatem średnio $^1/_{490}$.

Odległość wierzchołka krzywej od dnia spadku gorączki, tu stale dodatnia — wynosi 15, 11, 13 i 10 — czyli średnio 12,22 dnia. Miano utrzymuje się powyżej $^1/_{100}$ przez ciąg 20, 30, 34 i 19, zatem średnio 25,75 dni. Krzywe Weila Nr 13 i 14 możnaby uważać za formy pośrednie pomiędzy typem pierwszym i drugim (zbliżone może najbardziej z pomiędzy podanych tu do krzywych Starkensteina). Pod żaden z tych typów nie podpadają właściwie obrazy takie, jak w Nr 15 i 16, w których krzywa Weila, podnosząc się wogóle stosunkowo nieznacznie, utrzymuje się natomiast przez bardzo długi czas na osiągniętym poziomie lub nieznacznie tylko opada. (Temu trzeciemu typowi odpowiadałyby Nr 4 i Nr 8 z tablic Starkensteina).

Jeżeli powyższe obrazy zestawimy z podanymi przez Starkensteina, uderzy przedewszystkiem, — pomijając średnio znacznie niższą wysokość miana w naszym materyale — wybitniej tu występująca ostrowierzchołkowość krzywej. W tekscie zaznacza Starkenstein ewentualne praktyczne znaczenie tej jej cechy: »Wielką doniosłość posiada fakt, już przez Weila i Felixa wspomniany, że najwyższe wartości miana trwają nieraz zaledwie parę dni; — o ile badanie serologiczne nie przypadnie na te dni właśnie, mogą one ujść obserwacyi«. Możliwość ta — mylnego wnoszenia o przebiegu odczynu Weila przy niedość częstem jego powtarzaniu, staje się tem większą tam, gdzie nietylko najwyższe miano, ale wogóle odczyn w rozcieńczeniach ponad $^1/_{100}$ trwa, jak w przypadku, podanym przez nas w tablicy Nr 1, zaledwie trzy dni!

(Dokończenie nastąpi).

## Oceny i sprawozdania.

Adolf Deutsch: **Porady lekarskie dla inwalidów wojennych co do wyboru zawodu.** (Ärztliche Berufsberatung Kriegsbeschädigter). Wiedeń 1917.

Lekarz w obecnej wojnie napotyka na bardzo wiele nowych zadań społecznych. Jeden z takich bardzo ważnych problemów omawia autor na mocy doświadczenia szkoły inwalidów w Wiedniu, mianowicie obowiązki lekarza przy doradzaniu inwalidom wyboru lub zmiany zawodu. Inwalidzi bardzo często nie ufają sobie z początku, natomiast, gdy da im się odpowiedni zawód, zaczynają nadspodziewanie dzielnie pracować. Naturalnie liczyć się tu także trzeba z t. zw. histerykami z powodu renty, symulantami i przesadzającymi swe cierpienie, a wreszcie z t. zw. protegowanymi, którzy rekrutują się najczęściej z prywatnych szpitali, gdzie każdego chorego zanadto pieszczą i obiecują im po wyzdrowieniu złote góry i lekkie posady, przez co potem inwalida taki do swego zawodu wrócić nie chce. Niezmiernie cennem okazało się w szkołach inwalidów tak zwane leczenie pracą. Już podczas pobytu w szpitalu chory zaczyna pracować pod okiem lekarza i nabiera przez to zaufania do siebie samego. Porada co do zawodu ma za cel ocenę, czy inwalida (względnie uszkodzony) może już pracować, dalej, w jakim zawodzie, czy potrzebuje kształcenia, jakoteż technicznych pomocniczych aparatów do pracy (Arbeitsbehelfe), zwiększających istotną zdolność zarobkowania.

Ogólną zasadą powinno być: Każdy powrócić powinien o ile możności do swego zawodu, chyba że przez kształcenie uzyskał lepsze kwalifikacye w innym zawodzie, niż te, które miał przed uszkodzeniem, lub też do dawnego zawodu doucza się jeszcze innego (n. p. rolnik doucza się stolarstwa, szewstwa, fryzyerstwa i t. p.), przez co zwiększa się jego przyszły zarobek, mimo ew. zmniejszenia zdolności zarobkowania w zawodzie właściwym.

Przy ocenie zdolności zarobkowania dzielimy ogólnie zawody na następujące grupy: Zawody, w których pracujący musi: 1) siedzieć, 2) stać, 3) siedzieć i chodzić, 4) dźwigać ciężary lub spinać się, 5) wykonywać subtelne roboty rękami, 6) wymagające pracy umysłowej lub wielkiej przytomności umysłu — i według porównania z uszkodzeniem i jego skutkami oceniamy zdolność do pracy. Istnieją do tego celu nawet tabele, ale szablon niezawsze jest odpowiedni.

Na końcu podaje autor wykaz fachowych szkół i kursów w Austryi, jakoteż przykłady z praktyki porad co do zawodu.

Dr Klęsk.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie kliniczne dnia 21 listopada 1917.

(w klinice chirurgicznej U. J.)

Przewodniczący: wiceprezes kol. Lang. Obecnych: 28.

1) Przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu członkowi Towarzystwa ś. p. kol. Dr Stanisławowi Skoblowi. Pamięć jego uczcili obecni przez powstanie.

2) Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

3) Kol. Borowski wygłosił wykład p. t.: **Wyniki operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** W referacie swym podnosi kol. B., że cierpiący na chorobę Basedowa dostają się w ręce chirurgów stosunkowo od niedawna. Jak zmieniały się poglądy na przyczynę tej choroby, tak też zmieniały się zasady jej leczenia. Jonescu i wielu chirurgów za nim przecinali nerw współczulny, jako siedzibę schorzenia; Filehne dopatrywał się przyczyny schorzenia w rdzeniu przedłużonym; inni, uważając chorobę Basedowa za nerwicę ogólną, przeprowadzają leczenie klimatyczne, elektryzacyę, galwanizacyę, hydroterapię i t. p.; Möbius przypuszcza, że choroba B. powstaje wskutek zatrucia ustroju nadmierną lub też zmienioną wydzieliną gruczołu tarczowego. Klose uważa chorobę B. za dystyreoidyzm; ten też pogląd dziś został ogólnie przyjęty. W różny sposób starano się oddziałać na tarczycę z bardzo zmiennem powodzeniem; podawano jod, arsen, żelazo, fosfor, przetwory grasicy zwierząt, mleko z kóz, którym przedtem usunięto grasicę; wszystko to zawodziło częściowo lub zupełnie, albo też rozciągało leczenie w nieskończoność. Chorzy w końcu szukają pomocy chirurgicznej.

Kol. B. omówił następnie objawy choroby Basedowa, trudności, z jakiemi spotyka się chirurg w czasie i po operacyi, sposoby chirurgicznego leczenia, wreszcie przeszedł do omówienia statystyk krakowskiej kliniki chirurgicznej, statystyk Eiselsberga, Kochera, braci Mayo i Rehna. Najniższą śmiertelność (1,3%), a zarazem największy odsetek wyleczeń (75%) podaje statystyka Kochera. W klinice krakowskiej odsetek wyleczeń wynosi 40%. Do wyleczonych zaliczyć należy dwóch chorych, których kol. B. przedstawił: 1) chorego 30-letniego, u którego z całego kompleksu typowych objawów Basedowa pozostało tylko nieznacznego stopnia wysadzenie gałek ocznych i 2) chorą 26-letnią, która cierpiała na chorobę Basedowa od lat 7 i u której gruczoł tarczowy był conajmniej 5-krotnie powiększony. Choroba powikłana była ciążą 4-miesięczną. Zabieg operacyjny (resekcya uda) przyniósł wyleczenie chorej z choroby Basedowa. W 9. dniu po operacyi nastąpiło poronienie, które przebiegało bez powikłań. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Hładij omawia szczegółowo drugi przypadek, w którym wskazanie do zabiegu operacyjnego dawały głównie objawy utrudnionego oddychania z powodu przesunięcia tchawicy na lewo i z tego powodu, że powiększony do rozmiarów pięści dorosłego mężczyzny prawy i środkowy płat tarczycy przez swoje położenie pozamostkowe wywoływał zwężenie tchawicy znacznego stopnia. Chora należy, wedle poglądu Seitza, do tej grupy, w której następuje w czasie ciąży pogorszenie choroby Basedowa. Obok wspomnianych wyżej objawów stwierdzono u chorej wszystkie objawy choroby Basedowa, przyczem limfocytoza dochodziła do 5000 ciałek; stwierdzono wyniszczenie znacznego stopnia, mierne powiększenie serca, tętno do 140 uderzeń na minutę. Przypadek, który zawdzięczam uprzejmości prof. Rosnera, a któremu za odstąpienie go klinice chirurgicznej serdeczne składam podziękowanie, operowałem w uśpieniu eterowem; wykonałem resekcyę powiększonej tarczycy, pozostawiając z płatów tylko wałki grubości dwóch palców, które przyszyłem do mięśni mostkowo-sutkowo-obojczykowych. Przez przyszycie nastąpiło zupełne uwolnienie tchawicy od ucisku. Najnowsze badania nad chorobą Basedowa wykazały, że we wszystkich prawie przypadkach tej choroby stwierdzić można istnienie powiększonej grasicy (Haberer, Klose, Rose). Skutkiem zaburzenia wewnętrznego wydzielania grasicy, tarczyca nie przyswaja sobie jodu nieorganicznego i nie przerabia na tyreoidynę, wskutek czego rozwija się zatrucie ustroju jodem metalicznym, które to zatrucie dawać może szereg objawów, dających się wywołać doświadczalnie, a w zupełności podobnych do objawów choroby Basedowa. Cały szereg autorów, wychodząc z tego założenia, żąda, aby przy chorobie Basedowa usunąć przedewszystkiem powiększoną grasicę. W danym przypadku poszukiwałem przy zabiegu grasicy, ale bezskutecznie. Przebieg pooperacyjny u operowanej chorej był bardzo ciężki. Chora przez pierwsze dwa dni po operacyi miała przy ciepłocie 36,2° tętno niezliczalne i niebadalne. Ponieważ zdaje mi się, że chorzy na chorobę Basedowa dlatego zabiegów operacyjnych na gruczole nie wytrzymują, że tarczyca w wydzielaniu i czynności swojej jest upośledzona przez mechaniczne manipulacye przy operacyi, więc należy takim chorym jaknajszybciej po operacyi doprowadzić dużo tyreoidyny do ustroju. W tym przypadku wstrzykiwałem chorej roczyny wodne tyreoidyny w ilości 2 gr. dziennie śródmięśniowo. Po każdem wstrzyknięciu dawała się zauważyć poprawa w stanie ogólnym chorej, tętno po drugiem wstrzyknięciu stało się wyczuwalnem, a po trzeciem wyraźnie policzalnem. W szóstym dniu po zabiegu operacyjnym chora poroniła. Krwotoku przy poronieniu żadnego nie było. Chora w bardzo dobrym stanie opuszcza klinikę. (Streszczenie własne).

b) Kol. Kazimierz Piotrowski: Zdania badaczy co do wpływu choroby Basedowa na narządy rodne kobiece są podzielone. Przeważnie spostrzegano oddziaływanie choroby Basedowa na miesiączkowanie i na czynność jajnika (oligomenorrhoea i amenorrhoea oraz bezpłodność), przyczem prawdopodobnie nie sama ciężkość choroby Basedowa rozstrzyga o stopniu zmian w narządach rodnych, lecz przedewszystkiem ta okoliczność, o ile inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, więc przedewszystkiem grasica i jajnik, uległy uszkodzeniu przez zmieniony produkt tarczycy (jajnik jest prawdopodobnie gruczołem antagoni-

stycznym wobec tarczycy i grasicy). Choroba Basedowa, powikłana ciążą, pogarsza się w 60% przypadków, wobec czego po bezskutecznem leczeniu zachowawczem należy w razie pogorszenia dokonać strumektomii, zaś po 34 tygodniach ciąży, t. j., gdy dziecko zdolne jest do życia, wywołać poród przedwczesny. Osoby, dotknięte chorobą Basedowa, miewają po porodach wzgl. poronieniach często uporczywe krwawienia atoniczne. W przypadku, przedstawionym przez kol. Borowskiego, poronienie przebiegało bez żadnego krwawienia. (Streszczenie własne).

c) Kol. Marcisiewicz zapytuje, czy u chorych, przedstawionych przez kol. Borowskiego, były jakie objawy oczne i jaki na nie wpływ wywarł zabieg operacyjny.

d) Kol. Kleczkowski: Nawiązując do głównego tematu kol. B., a mianowicie do leczenia choroby Basedowa, zauważyć muszę, że wiadomości z zakresu okulistyki mogą dać pewne dane, przemawiające za operacyjnem leczeniem choroby Basedowa, a przeciw leczeniu przetworami gruczołu tarczowego. O przetworach tych wiemy od czasu badań Coppera, że wywołują one po dłuższem ich wewnętrznem podawaniu w dużym odsetku przypadków obraz kliniczny częściowego zaniku nerwu wzrokowego, charakteryzujący się naosiowym ubytkiem pola widzenia. Spostrzeżenia Coppera potwierdzone zostały przez cały szereg innych badaczy, jak również doświadczalnie na zwierzętach przez Birch-Hirschfelda. (Streszczenie własne).

e) Kol. Oszacki: Pod względem wskazań do zabiegu operacyjnego przy chorobie Basedowa można odróżniać różne typy: przy jednych operacya działa bardzo dobrze, przy drugich nie ma żadnego wpływu na przebieg choroby, wreszcie u trzecich działa fatalnie. Kryteryum do oceny tych różnic stanowią: badanie stanu nerwowego i równowagi gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. U osób neuropatycznych zabieg jest przeciwwskazany, natomiast u osób nerwowo prawidłowych działa bardzo dobrze. W początku rozwoju t. zw. serca wolowego (cor strumosum), jako wyrazu oddziaływania toksyn na serce, zabieg jest również wskazany. Ponieważ jednak zmiany, wywołane w sercu, mają charakter trwały, więc operacya w okresie późnym tego powikłania jest bezcelowa.

f) Kol. doc. Zubrzycki omawia pokrótce wpływ gruczołu tarczowego zarówno o prawidłowej, jakoteż o patologicznie zmienionej czynności wydzielniczej, na narządy rodne kobiety i ich czynności fizyologiczne. (Streszczenie własne).

g) Kol. Borowski w odpowiedzi na zapytanie kol. Marcisiewicza zaznacza, że u pierwszego chorego prócz wysadzenia gałek ocznych, które po operacyi ustąpiło, nie było żadnych innych objawów ocznych. U drugiej chorej oprócz wysadzenia oczu był jeszcze i objaw Graefego, Möbiusa i Stellwaga. Obecnie wszystkie ustąpiły.

4) Kol. Mostowska wygłosiła wykład p. t.: **Zranienia postrzałowe kręgosłupa, — rokowanie i leczenie.** Ze statystyki, wprawdzie skąpej, zranień kręgosłupa, zebranej w klinice chirurgicznej krakowskiej, można wyciągnąć pewne wnioski co do wskazań do operacyi przy tych zabiegach i co do rokowania. Mianowicie operowane być powinny te przypadki zranień postrzałowych kręgosłupa, w których objawy poraźne są następstwem działania ucisku na rdzeń pod jakąkolwiek postacią (pocisk, odłamki kostne, krwiak, zwłaszcza powiększający się, wreszcie blizny, jako późne następstwo uszkodzeń). W tych razach bezwzględnie wskazana jest wczesna operacya ze względu na niebezpieczeństwo rozwoju zwyrodnienia rdzenia pod wpływem ucisku. Operowanie przypadków zupełnego przerwania rdzenia jest z uwagi na wynik zabiegu bezcelowe. Wobec tego jednak, że rozpoznanie względnie odróżnienie zupełnego przerwania ciągłości rdzenia od ucisku jest w pierwszych okresach po zranieniu niemożliwe, i wobec tego, że czekanie na rozstrzygnięcie tej wątpliwości połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem dla przypadków z uciskiem rdzenia, należy i te przypadki poddawać wczesnym zabiegom. Rokowanie jest przy przerwaniu ciągłości rdzenia beznadziejne; przy takich sprawach, gdzie tylko ucisk powoduje objawy, rokowanie mogłoby być dobre, gdyby nie powikłania, z któremi zawsze liczyć się należy. Nie mówiąc już o zakażeniu przyrannem, powikłaniach ze strony przewodu pokarmowego i płuc, to najwięcej trudności nasuwają zapalenia pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek, jako następstwo zakażenia cewnikowaniem z jednej strony, przy zmniejszonej w wysokim stopniu odporności tych narządów wskutek zmian trofoneurotycznych z drugiej strony. (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Doc. Radliński: Wśród postrzałów kręgosłupa, jakie R. miał sposobność spostrzegać, przeważały takie, przy których równocześnie ciągłość rdzenia była przerwana, a te przypadki są stracone. Jak przy niejasnych sprawach w jamie brzusznej wykonuje się próbną laparotomię, tak i tu dążyć należy zawsze do próbnego odsłonięcia rdzenia, gdyż nigdy nie da się z góry powiedzieć, czy ucisk, czy też przerwanie rdzenia jest przyczyną porażeń. Można to robić tem śmielej, że sam zabieg operacyjny, laminektomia, nie przedstawia właściwie żadnego niebezpieczeństwa dla chorych i bywa przez nich bardzo dobrze znoszony. R. spotykał w swoim materyale często przypadki późnego poprzecznego zapalenia rdzenia. Przy operacyi po usunięciu czynnika, wywierającego ucisk, rdzeń przedstawiał się prawidłowo. Po operacyi następowała początkowo poprawa, a po 6—8 tygodniach pogorszenie, które wiodło zawsze do śmierci. Przy autopsyach stwierdzić było można zmiany w rdzeniu, zupełnie dobrze widoczne makroskopowo, jakich w czasie operacyi napewno jeszcze nie było. Występują one zatem wtórnie. — Co do techniki laminektomii, to R. nie stosuje metody osteoplastycznej, ale operuje z linii środkowej i usuwa wyrostki kolczyste i łuki kręgów. Nie widział nigdy, by przez to osłabiony został kręgosłup, jako kostna podpora ciała.

b) Kol. Hładij zaznacza, że i w klinice krakowskiej nie stosuje się metody osteoplastycznej przy laminektomii. W przedstawionym przez kol. B. przypadku cięcie płatowe dotyczy tylko skóry. Wykonano je dlatego, aby ranę głębszą pokryć nie raną skórną, ale nietkniętym płatem skóry w celu uniknięcia zakażenia z zewnątrz. Następnie opisuje kol. H. stosowaną w klinice krakowskiej metodę lokalizacyi ciał obcych zapomocą płytek ołowianych i zdjęć rentgenowskich. (Rzecz ta będzie ogłoszona drukiem).

c) Kol. Radliński nie ma zaufania nawet tylko do skórnego płatu przy laminektomii, a to dlatego, że jeśli zakażenie wychodzi z głębi rany, naówczas odpływ wydzieliny na zewnątrz jest zupełnie uniemożliwiony. Powikłaniom ze strony narządu moczowego zapobiega się w sposób skuteczny, — jak R. miał się sposobność o tem przekonać wielokrotnie »in autopsia«, — zapomocą włożenia na stałe cewnika do pęcherza.

(Dokończenie nastąpi).

## Ostrzeganie ludności o niebezpieczeństwie chorób wenerycznych.

Sprawą walki z chorobami wenerycznemi, zagrażającemi ludności galicyjskiej wskutek wojny w wyższym stopniu, niż ludności innych krajów, zajął się z szerszego punktu pierwszy Wydział lekarski krakowski. Zanim jeszcze było cokolwiek wiadomo o przygotowaniach do tej walki ze strony władz rządowych, rozpatrywał ją Wydział krakowski na posiedzeniach plenarnych i utworzył w swem łonie komisyę, która opracowała memoryały do Ministerstwa spraw wewnętrznych i do wszystkich wszechnic austryackich. Następnie powstała obszerniejsza komisya, która z początkiem r. 1916 opracowała ogólny program akcyi, równocześnie postarała się o napisanie broszur i pouczeń popularnych, a przedstawione sobie rękopisy przedyskutowała, poprawiła i przygotowała do druku. Dalszą akcyę, mianowicie organizacyę ostrzegawczych wykładów i pogadanek, obmyślenie sposobu, w jakiby najlepiej można przygotować ludność do ewentualnych badań, oraz jak należy zorganizować właściwe zapobieganie i leczenie, powierzono ściślejszemu komitetowi wykonawczemu, do którego weszli: prof. Dr Ciechanowski jako przewodniczący, prof. Dr Krzyształowicz, prof. Dr Rosner, prof. Dr Godlewski i doc. Dr Janiszewski.

Pierwotnym zamiarem było ująć wspólnie z Książęco-Biskupim Komitetem krakowskim w rękę wszystkie części akcyi; w tym celu porozumiewał się komitet wykonawczy z przedstawicielami Sekcyi sanitarnej K. B. K., prof. Dr Godlewskim i prof. Dr Marchlewskim, układając wraz z nimi program działania i podział pracy. Gdy jednak władze rządowe podjęły przygotowania do prowadzenia wyłącznie we własnym zakresie właściwego zapobiegania i leczenia, pozostało czynnikom obywatelskim pole tylko do wstępnej akcyi zapobiegawczej, do ostrzegania i pouczania ludności. To zadanie przypadło teraz Wydziałowi lekarskiemu krakowskiemu, a jego komitet wykonawczy porozumiał się niezwłocznie w tej sprawie zarówno z człon-

kami Wydziału lekarskiego lwowskiego, jakoteż z Zarządami Powszechnych Wykładów Uniwersyteckich w Krakowie i we Lwowie.

Ostrzeganie i pouczanie należało prowadzić zarówno słowem żywem, jak drukowanem. W zakresie propagandy drukiem starał się komitet wykonawczy uzyskać poparcie prasy, zapomocą 1. konferencyi informacyjnej, na którą zaproszono przedstawicieli wszystkich dzienników krakowskich, 2. przesyłania od czasu do czasu dziennikom krakowskim i lwowskim dłuższych artykułów i krótkich odpowiednich notatek, opracowanych przez uproszonych lekarzy, 3. przesyłania dziennikom wszystkich publikacyi komitetu z prośbą o streszczenie lub omówienie. Prasa, okazując wielkie zrozumienie dla społecznej doniosłości sprawy, popierała istotnie gorąco całą akcyę; przełamawszy szkodliwe przesądy, krępujące do niedawna ją samą, przyczyniła się bardzo znacznie do rozwiania uprzedzeń, panujących zbyt jeszcze szeroko nawet wśród inteligencyi. Niestety nie mógł komitet dostarczyć prasie tylu gotowych artykułów, ileby należało, ponieważ i tak już bardzo szczupła liczba lekarzy, mających talent popularyzatorski, a chętnych do pióra, wskutek wojny bardzo w Krakowie i we Lwowie zmalała. Z drugiej znów strony dzienniki nasze, walczące stale z brakiem miejsca, nie mogły poświęcać sprawie chorób wenerycznych swych szpalt stale przez czas dłuższy wobec nawału innego materyału i zmniejszającej się rychło »aktualności« tematu, która ma w dziennikarstwie tak ważne znaczenie. Gorąco poparła akcyę ostrzegawczą prasa ludowa, zarówno »Piast«, jak przedewszystkiem »Lud katolicki«, — rzecz doniosła ze względu na wielką poczytność tych pism, wychodzących w kilkudziesięciu tysiącach egzemplarzy. Poza prasą rozchodziło się słowo drukowane, dzięki poparciu Namiestnictwa, które wydało w większej liczbie egzemplarzy broszury i pouczenia, opracowane przez Wydział lekarski krakowski. Były to: prof. Dr Ciechanowskiego broszurka agitacyjna: p. t. »Zdrowie społeczne, a choroby weneryczne«, przeznaczona do rozpowszechniania wśród kół inteligentniejszych, takaż broszurka prof. Dr Majewskiego i prof. Dr Rosnera o zapaleniu oczu (śluzoropotoku) u noworodków, oraz dwa krótkie pouczenia* dla ogółu ludności, jedno — któremu za podstawę służyło pouczenie, dawniej już wydane przez doc. Dr Janiszewskiego, a rozdane ludności krakowskiej przez Miejski Urząd zdrowia w 30.000 egzemplarzach — o chorobach wenerycznych, drugie o śluzoropotoku oczu noworodków. Broszurki wydano dotąd w kilku tysiącach, pouczenia (o ile nam wiadomo) w 120.000 egzemplarzy, a są one rozdawane bezpłatnie. We Lwowie wydała »Macierz polska« broszurki popularne prof. Dr Łukasiewicza i prof. Dr Marsa, jako wydawnictwa bardzo tanie. Oprócz tego wyszła we Lwowie wcześniej jeszcze broszura dla młodzieży pióra Dr Mikołajskiego p. t. »Listy do syna. Rady i przestrogi dla żołnierza polskiego«.

Ponieważ powodzenie akcyi ostrzegawczej, zwłaszcza zapomocą ustnych wykładów, zależało bardzo od czynników, mających największy wpływ na lud, przeto komitet wykonawczy starał się w miarę możności uzyskać poparcie duchowieństwa i nauczycielstwa. W tym celu odnosił się komitet tak pisemnie, jakoteż i ustnie do władz duchownych ze skutkiem pomyślnym. Czynną współpracę nauczycielstwa starano się uzyskać przez ogłoszenie w »Czasopiśmie pedagogicznem«, (wydawanem przez Radę szkolną krajową w 7000 egz. i doręczanem każdemu nauczycielowi publicznemu), artykułów prof. Łukasiewicza: »Choroby weneryczne a młodzież«, oraz prof. Ciechanowskiego, jakoteż przez umieszczenie w »Muzeum«, organie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych i średnich, również stosownego artykułu (prof. Ciechanowskiego). Oprócz tego przedstawił przewodniczący komitetu osobny w tej sprawie referat Zjazdowi pedagogicznemu, zebranemu w r. b. w Krakowie. Organizując wreszcie pierwsze próbne wykłady dla absolwentów szkół krakowskich, oparto się na wynikach konferencyi, na którą zaproszono dyrektorów i katechetów wszystkich szkół. Rada szkolna krajowa poświęciła następnie sprawie takich wykładów osobne posiedzenie plenarne, na które jako znawców wezwała z grona Wydziału lekarskiego lwowskiego prof. Dr Łukasiewicza, z grona Wydziału krakowskiego — przewodniczącego komisyi dla sprawy chorób wenerycznych, dalej Dr Mikołajskiego ze Lwowa, autora wspomnianej już broszury i Dr Kuhna, referenta sprawy tej w Namiestnictwie. Na tem posiedzeniu, opierając się na wynikach próbnych wykładów krakowskich, ustalono normy wykładów dla młodzieży, a na zasadzie odbytych obrad wydała Rada szkolna krajowa osobny szczegółowy okólnik do szkół średnich.

Równocześnie z tem organizowano w całym kraju ustne wykłady i pouczenia. Dla ułatwienia pracy prelegentom na prowincyi postarał się komitet wykonawczy Wydziału lekarskiego krakowskiego o opracowanie przykładów takich wykładów popularnych i o wydanie ich drukiem (w 1000 egz.) kosztem Rządu. Są to wykłady: prof. Dr Rosnera — dla kobiet, prof. Dr Krzyształowicza — dla dorosłych mężczyzn, a prof. gimn. Dr med. Mojmira — dla młodzieży (wykład aprobowany przez Radę szkolną krajową). Druki te rozsyłano bezpłatnie.

Same wykłady zorganizowano w ramach Powszechnych Wykładów Uniwersyteckich i z pomocą Zarządu tych Wykładów, tak krakowskiego, jak i lwowskiego. Pracę rozdzielono w ten sposób, że Zarząd lwowskich Wykładów powszechnych objął Lwów i 6 powiatów, a resztą powiatów, wolnych od inwazyi i leżących poza linią bojową, oraz Krakowem, zajęła się organizacya krakowska. Z ogólnej liczby 62 powiatów, leżących (w czasie prowadzenia wykładów) z tej strony linii bojowej, objęto jednak siecią wykładów tylko 43; w innych nie było to możebne bądź z powodu bliskości frontu bojowego, bądź epidemii (duru plamistego), bądź z innych przyczyn (brak sali, brak prelegentów na miejscu, a niemożność delegowania ich skądinąd, — wyjątkowo, w dwu przypadkach, niechęć ludności, nawet inteligentnej).

Staraniem komitetu krakowskiego odbyło się w 89 miejscowościach 210 wykładów, przyczem osobno odbywały się wykłady dla dorosłych mężczyzn, osobno dla młodzieży męskiej, a osobno dla kobiet. Wszystkich słuchaczy było na tych wykładach 8947, a słuchaczek 12050, razem więc 20997 osób. Wszyscy prelegenci pracowali bezpłatnie, niektórzy ponosili nawet z własnych funduszów całe lub część kosztów urządzenia, jako ofiarę na rzecz publicznego dobra. Z wyjątkiem trzech kierowników i dwu kierowniczek szkół ludowych oraz jednego profesora gimnazyalnego byli prelegentami wyłącznie lekarze. Wszystkich prelegentów było 93, a mianowicie: profesorowie Krzyształowicz, Rosner, Dobrowolski, Nitsch, Reiss, Majewski, docenci Radliński i Zubrzycki, prym. Lachs, r. dr. Piotrowski, Bujak, Gieszczykiewicz, Kieczkowski, Kon, Korabczyńska, Mażylis, Markowa, Mayer, Mojmir, Radwańska, Rospędzihowski, Sikorska, Służewski, Fr. Walter, Weber, Weinsberg, Wyżykowska-Michejdzina (Kraków), Kwieciński, Dziewoński, Miodoński (pow. Biała), Hyżycki, Sikorska, Ligęza, Schmidt (pow. Bochnia), Łowczowski (p. Brzesko), Bargiel, Misky (p. Brzozów), Bednarski, Walkowski (p. Chrzanów), Kruczek, Konera (p. Cieszanów), Bujalski (p. Dąbrowa), Stangenhaus (p. Dobromil), Kraus, Ikałowicz (p. Dolina), Przesmycki, Ottenbreit, oraz kierownicy szkół pp. Rybińscy, Gajewscy i Konieczny (p. Gorlice), Udziela, Markl (Gródek jag.), Josse (Grybów), Szczepański (Jasło), Orski (Jaworów), Milewski (Kamionka), Mieroszewski, Trelski, Czapliński (Limanowa), Fleszar, Kuźniar, Maurer (Łańcut), Kropaczek (Mielec), Kowalewski (Myślenice), Bielatowicz, Hernich (Nisko), Jaworski, Dudziński, prof. gimn. Wiliński (Nowy Sącz), Türszmid, Miszke, Janikiewicz (Nowy Targ), Winogrodzki, Grzybowski (Oświęcim), Trzciński (Pilzno), Krok, Sawicki (Przeworsk), Sulkowski (Radziechów), Stokłosiński, Ożarowski, Lechowicz (Rawa ruska), Kuźniar (Ropczyce), Nieć, Szumski (Rzeszów), Jarocki (Sokal), Soniewicki (Stary Sambor), Loewy (Tarnobrzeg), Bujalski, Bobkowska (Tarnów), Bąkowski, Landau (Wadowice), Skórski, Spannbauer (Żywiec). Ile możności wykładali prelegenci miejscowi lub z bliskiego sąsiedztwa, jako najlepiej znani ludności i mający jej zaufanie; tylko do większych miast, jakoto Tarnowa, Nowego Sącza, Rzeszowa, wyjątkowo do mniejszych: Bochni, Dębicy i i. wyjeżdżali z Krakowa prelegenci, przedewszystkiem prof. Rosner, dalej prof. Krzyształowicz, Dr Fr. Walter, Sikorska, Wyżykowska-Michejdzina.

Praca lekarzy, zarówno organizujących, jak i wygłaszających wykłady, była wszędzie godna uznania. W niektórych jednak powiatach odznaczała się ona szczególną gorliwością; podnieść tu należy z jednej strony te przypadki, w których prelegenci nie zrażali się początkową obojętnością lub niepowodzeniem, z drugiej te, gdzie starano się z wykładami dotrzeć także do większych gmin wiejskich. Z tych względów osobna wzmianka należy się organizacyi wykładów w Bocheńskiem, zwłaszcza w okręgu Lipnickim, w Gorlickiem, Łańcuckiem, w Nowym Sączu, w Nowotarskiem, Tarnobrzeskiem. Również należy podnieść gorliwy udział lekarzy miejskich (siedmiu) w wykładach w Krakowie. Zaproszenie do czynnego udziału nauczycielstwa ludowego (w Gorlickiem) okazało się bardzo dobrem; wzorem, zasługującym na naśladowanie, jest peryodyczne powtarzanie pouczeń, połączonych z pouczeniami o innych chorobach zakaźnych (Nowotarskie).

Dla zorganizowania wykładów wysłało Biuro komitetu krakowskiego 799 listów, komunikatów, okólników i t. p., a odebrało 206.

Wydatki były następujące:

| | |
|---|---|
| Koszt wykładów w Krakowie w r. 1916 | 568·60 |
| Koszta wykładów na prowincyi (sale, obsługa, plakatowanie, podwody) | 587·79 |
| Honorarya prelegentów | — — |
| Koszta podróży prelegentów | 189·72 |
| Druki (afisze), przybory kancelaryjne, posługa | 466·40 |
| Manipulacya biurowa | — — |
| Opłaty pocztowe | 211·62 |
| Razem | 2024·13 |

Koszt jednego wykładu wyniósł średnio tylko 9 K. 57, a to wskutek bezinteresownej pracy wszystkich prelegentów i biura, które prowadził przewodniczący komitetu, oraz ofiarności pieniężnej wielu prelegentów. Na pokrycie powyższych wydatków uzyskano od c. k. Namiestnictwa zasiłek w kwocie 2000 k.

Z ramienia lwowskich Powszechnych Wykładów Uniwersyteckich pod kierunkiem prof. Dr Cieszyńskiego odbyło się w 8 miejscowościach 35 wykładów, na których było 1960 mężczyzn i 2691 kobiet, razem 4651 osób. Prelegentów pracowało 20, wszyscy lekarze, a mianowicie: prof. Kucera (Lwów i Przemyśl), Łukasiewicz, Sieradzki, Mars. Dr Mikołajski, Switalska, Hojnacki, Bocheński, Czyżewicz, prym. Lenartowicz, Feuerstein, Andruszewski, Papée, Serbeński (Lwów), Bory, Hammerschmidt, Dwernicki (pow. Drohobycz), Turzański (Jarosław), Sobieszczański (Sambor), Kurasiewicz (Sanok). Koszta wyniosły 1680 k. 20 h., koszt jednego wykładu średnio 48 k. (Dane z d. 6. VII. 1917).

Razem dotąd w Galicyi od maja 1916 w 97 miejscowościach wygłosiło 113 prelegentów 245 wykładów, z których korzystało 25648 słuchaczy.

W sprawie wykładów w Królestwie porozumiewał się komitet krakowski tylko z gronem lekarzy w Lublinie, dokąd wysłał przykłady wykładów jeszcze przed ich wyjściem z druku i był gotów delegować kilku prelegentów z Krakowa. Znaczną przeszkodę stanowiły jednak trudności pocztowe i paszportowe, to też w końcu ograniczyły się wykłady lubelskie do prelegentów miejscowych. — Zjazdowi polskich higienistów w Warszawie w czerwcu 1917 przedłożono na życzenie Komitetu organizacyjnego Zjazdu referat w sprawie pouczenia i ostrzegania ludności (ogłoszony potem w »Zdrowiu« 1917 N. 8).

Z całej akcyi przesłano szczegółowe sprawozdanie Namiestnictwu. Wreszcie należy nadmienić, że do utworzonej, przez Namiestnictwo »Krajowej Komisyi dla zwalczania chorób wenerycznych« powołany został z Wydziału lekarskiego lwowskiego prof. Dr Łukasiewicz, obrany przewodniczącym tej komisyi, a z Wydziału krakowskiego przewodniczący komisyi wykonawczej Wydziału. Ta Krajowa Komisya odbyła tylko jedno posiedzenie. Starania komisyi wykonawczej Wydziału lek. krakowskiego o zwołanie dalszych posiedzeń nie odniosły dotąd skutku.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Otwarcie i poświęcenie Krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie odbyło się 5. I. 1918 w obecności członków komitetu budowy: Dr Bernadzikowskiego, członka Wydziału krajowego, doc. Dr Mazurkiewicza, dyrektora Zakładu, inż. Klimczaka, kierownika budowy, prof. Dr J. Nowaka, prof. Dr J. Piltza, r. dw. inż. Sarego, wiceprezydenta miasta Krakowa, i inż. Ossowskiego. Imieniem Wydziału krajowego przemawiał Dr Bernadzikowski, podnosząc ofiarność Sejmu i dziękując wszystkim, którzy współdziałali w stworzeniu zakładu. Następnie zabrał głos imieniem Wydziału lekarskiego krakowskiego prof. Dr Piltz, zaznaczając, że otwarcie zakładu w Kobierzynie będzie miało w dziejach opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi epokowe znaczenie, ponieważ podniesie liczbę łóżek psychiatrycznych z 1400 na 2200 w kraju, gdzie jest wielki ich niedostatek (powinnoby być najmniej 4000 łóżek), oraz ponieważ pobudzi do tworzenia dalszych koniecznych zakładów, jakoto dla chorych przewlekle, dla epileptyków, alkoholików, idyotów i chorych kryminalnych. Dlatego należy się od społeczeństwa wdzięczność i uznanie wszystkim, którzy się przyczynili do budowy zakładu, w pierwszym rzędzie Sejmowi, Wydziałowi krajowemu, a zwłaszcza ś. p. Onyszkiewiczowi, Dr Bernadzikowskiemu, doc. Dr Mazurkiewiczowi i arch. Klimczakowi. W imieniu Wydziału lekarskiego wyraził prof. Piltz twórcom Kobierzyna szczere uznanie i złożył na ręce Szefa Departamentu sanitarnego i Dyrektora zakładu serdeczne życzenia, żeby ten nowy zakład jaknajpomyślniej spełniał swoje humanitarne zadania, jako zakład leczniczy, a z drugiej strony stał się nową placówką rzetelnej pracy naukowej.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 9. I. 1918 doroczne posiedzenie sprawozdawcze, na którem Zarząd Towarzystwa zdał sprawę za rok 1917, kol. Hładij przedstawił dwa przypadki z kliniki chirurgicznej, a kol. Fr. Walter miał wykład: »Znaczenie odczynu Wassermanna dla kontroli sanitarnej«.

— Prof. Dr Leon Konrad Gliński otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

**Lwów.** Lwowskie Towarzystwo lekarskie wybrało na rok 1918 następujący Zarząd: prezes: prof. Dr Hornowski, wiceprezes: Dr Trzcieniecki, sekretarz stały: Dr Bocheński, sekretarz doroczny: Dr Demianowski, skarbnik: prym. Dr Lenartowicz, bibliotekarz: doc. Dr Orzechowski, gospodarz: prof. Dr Rencki.

— Docent otyatryi Dr Teofil Zaleski otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

**Redakcya otrzymała:** Rzętkowski: Odbudowa kraju, a szpitalnictwo. Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego. Warszawa 1917 (z zapomogi Kasy im. Mianowskiego).— A. Pietrzycki: Okresowość życia naszego i jego dni krytyczne w świetle zjawisk przyrody ożywionej i martwej. Tarnów 1918. (Nakł. autora). — Seweryn Sterling: Zapalenia nerek w świetle poglądów tegoczesnych. (Odczyty kliniczne 1918. Zesz. 1—3).

Odpowiedzialny redaktor:
**Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## Nadesłane.

Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.